

**AL RESPONSABILE DEI SERVIZI SOCIALI
DEL COMUNE DI**

OGGETTO: Richiesta riconoscimento diritto alle provvidenze a favore di emofilici, talassemici e emolinfopatici maligni, ai sensi delle LL.RR. n. 27/1983 e n. 6/1992.

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ il ____/____/____, residente a _____
Prov. di ____ in via/piazza _____, n. ____
Cod. Fiscale _____
Tel/Cell. _____

CHIEDE

di poter beneficiare delle provvidenze previste dalle Leggi Regionali n. 27/1983 e n. 6/1992

☐ in suo favore.

☐ in favore di (cognome) _____ nome) _____ nato/a a _____
Prov. di ____ il ____/____/____, residente in _____
via/piazza _____, n. ____
Cod. Fiscale _____
relazione di parentela: _____
Tel. n. _____

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art.76 dello stesso DPR 445/2000,

DICHIARA

1. che la composizione del nucleo familiare del talassemico è la seguente:

N.	Cognome	Nome	Luogo nascita	Data nascita	Parentela
1					
2					
3					
4					
5					
6					

2. di non usufruire per la stessa patologia di rimborsi per spese di viaggio, soggiorni e sussidi da parte di Enti previdenziali o assicurativi

3. che il reddito complessivo netto (1) del nucleo familiare del talassemico (2) per l'anno _____ è stato di complessivi Euro _____ (ai fini della determinazione del reddito complessivo non si considerano le rendite INAIL, le pensioni di invalidità civile e l'assegno di accompagnamento)

4. di sottoporsi, con la regolarità che la propria affezione richiede, alle prestazioni sanitarie specifiche;

5. di essere stato sottoposto con esito positivo al trapianto di midollo osseo in data _____;

6. di essere stato sottoposto con esito non positivo al trapianto di midollo osseo in data _____;

7. di non essere stato sottoposto al trapianto di midollo osseo (barrare la voce che interessa nei punti 5. 6. 7.)

Allega: Certificazione diagnostica attestante la malattia, rilasciato da Centri ospedalieri o universitari autorizzati.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa per cui presta il suo consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

li

Firma del richiedente

(1) Per calcolare il reddito netto dal Mod. CUD: dal reddito complessivo si sottraggono le ritenute IRPEF, l'addizionale comunale e regionale IRPEF dovuta, e l'acconto dell'addizionale comunale IRPEF dovuta; Per calcolare il reddito netto dai Mod 730 e Mod Unico: dal reddito imponibile si sottrae l'imposta netta IRPEF, l'addizionale comunale e regionale IRPEF dovuta, e l'acconto dell'addizionale comunale IRPEF dovuta.

(2) Nel caso di soggetto coniugato quello costituito dall'interessato stesso e, se conviventi, dal coniuge e figli minori in base alle normative vigenti. Nel caso di soggetto celibe/nubile, quello dell'interessato stesso e se conviventi dai genitori e fratelli minori che risultino a carico del capofamiglia in base alle norme vigenti.